

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金請求書

◎ ◎ 被保険者資格喪失後の被保険者出産の場合、付加給付はありません。  
 ◎ 記入の方法は、裏面に書いてありますからよく読んでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号 番号 第 号 フリガナ 被保険者の 氏名と押印 生年月日			② 印
	③ 被保険者の 現住所	〒 TEL ( )		
	④ 事業所の 名称	TEL ( )		
	⑤ 被扶養者が出産 したための請求 であるとき 被扶養者の 氏名	⑥ 被扶養者の 生年月日	年 月 日生	⑦ 被保険者 との続柄
	⑧ 出産した日	年 月 日	⑨ 死産のとき は、その旨	(妊娠 週間)
	⑩ 入院して出産 したときは、 その病産院の 名称	所在地		
	⑪ ア) 被保険者資格喪失 後6ヵ月以内の 出産であるときは、 夫の勤務している イ) 被扶養者認定 後6ヵ月以内の 出産であるときは、 最後の勤務していた	勤務事業所の名称	TEL ( )	
		社会保険または 健康保険組合の名称	TEL ( )	
		保険証の記号・番号 記号	番号	
	⑫ 出生児の氏名			⑬ 被保険者と 出生児の続柄

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 区 市 町 村 長 の 証 明 す る と こ ろ	④ 出産した年月日	平成・令和 年 月 日	⑤ 生産または 死産の別	生産・死産 (妊娠 週間)
	⑥ 出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	⑦ 備 考	
	⑧ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日			
	⑨ 医療施設の名称・所在地 〒		⑩ 印 TEL ( )	
	⑪ 本 籍		⑫ 筆頭者氏名	
	⑬ 出生届出日	平成 令和 年 月 日	⑭ 出生児氏名	⑮ 出生年月日 平成 令和 年 月 日
	⑯ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日			
⑰ 区市町村長名		⑱ 印 TEL ( )		

支 払 い は 全 て 振 込 み に な り ま す	受領を委任するとき	この給付金の受領を、次のとおり代理人を定め委任します。 令和 年 月 日 被保険者 (請求者) 氏名 ⑲と同じ印 代理人の住所 (口座名義人) 氏名	※在職の方は、貴事業所の健保口座名義人の方に委任してください。 (事業所担当者に) おたずねください。
--	-----------	---	--

給 付 金 受 領 口 座	金融機関名	銀行	支店
	口座番号	普通・当座 No.	
	フリガナ		
	口座名義人		

受 付 日 付 印